POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Luty — ROCZNIK DRUGI — 1900.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Przypadek nosacizny pierwotnej na spojówce powiekowej.

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI

(z Wilna).

(Dokończenie.)

Przypadki opisane, razem z moim, dają możność określenia zaburzeń, jakie nosacizna wywołuje w różnych tkankach oka. Tkanka oczodołu ulega nacieczeniu i ropieniu, które sprawiają wysadzenie oka. Naczyniówka może przedstawiać guziczki nosaciznowe, rogówka mętnieć i rozmiękczać się. Spojówka może dotkniętą być pierwotnie lub następczo i wykazywać przekrwienie, guziczki, owrzodzenia, lub zapalenie ropne. Gdy spojówka bezpośrednio ulegnie zakażeniu, przedstawia w okresie zwiastunów, podobnie jak błona śluzowa nosa, wydzielinę początkowo lepką, śluzową, później śluzowo-ropną i obrzęka; skóra przy brzegach powiekowych staje się czerwoną, nacieczoną i bolesną.

Twardówka cierpi następczo po spojówce lub naczyniówce; spostrzegano w niej ropnie.

Powieki mogą ulegać zaczerwienieniu i obrzęknięciu; tworzą się na nich guziczki, ropnie, owrzodzenia; może zjawić się częściowa zgorzel. W kątach oka występują ropnie i owrzodzenia. W okolicy worka łzowego może powstać przetoka, podobna do wrzodu gruźliczego, niezależnie od zwężenia kanału łzowego. Wogóle obraz choroby, a zwłaszcza guziczki i wrzody, przypomina gruźlicę i najczęściej może być odróżniany od niej jedynie tylko przy pomocy badania drobnowidowego i bakteryologicznego.

Części zewnętrzne gałki ocznej, powieki i kanał łzowy mogą być miejscem pierwotnego zakażenia. Objawy nosacizny mogą ograniczać się na okolicę oka przez pewien okres czasu; zniszczenie ogniska w tem miejscu jest w stanie przerwać chorobę. Nie należy jednak ograniczać się do wycięcia guziczka, trzeba wypalić jego podstawę galwanokauterem, gdyż w przeciwnym razie, sądząc z przypadku Gourfein'a, można spodziewać się nawrotów. Wrzody i ropnie po nacięciu należy również wypalać galwanokauterem. Wszystko to wykonywać jak najprędzej dla uprzedzenia uogólnienia choroby.

Sanarelli[1]) i Tedeschi[2]) wywoływali doświadczalnie u zwierząt przez zakażenie nosaciznę i badali zmiany, występujące w rozmaitych tkankach oka.

Sanarelli z pomiędzy licznych zwierząt mógł przeprowadzić dokładne badanie u 2 królików, u których zastosował wstrzykiwania w żyły. Po kilku dniach zjawiało się zmętnienie górnego odcinka rogówki, które w dnie następne powiększało się i obejmowało trzy czwarte rogówki, tworząc zgrubienie barwy żółtawej, o nierównej powierzchni. Zgrubienie to przechodziło na 1 milim. za brzeg rogówki na twardówkę i nagle przerywało się; na rogówce zaś wzrastało ku środkowi, koń-

---

[1]) Sulla etiologia e profilassi dell'infezione morvosa, ricerche sperimentali. Siena. 1889. Str. 38.

[2]) Annali di Ottalmologia. 1892. XXI. 6. — XXII. 1.

cząc się szarawą przestrzenią, która zakrywała środek źrenicy. Spojówka, oprócz znacznego nastrzyknięcia, nie przedstawiała zmian żadnych. Badanie wykazało, że zgrubienie ogranicza się tylko do rogówki, bez udziału twardówki, błony tęczówkowej i ciała rzęskowego, i zależy na bardzo obfitem nacieczeniu komórkowem pomiędzy warstwami rogówki, wywołującem w wielu punktach znaczne rozmiękczenie. W miejscach, w których nacieczenie było wielkie i bliższe powierzchni, spostrzegało się owrzodzenie rogówki i zmętnienie jej nabłonka.

Wyniki badań Tedeschi'ego (wstrzykiwania do mózgu i do komory przedniej) są następujące.

Po wstrzykiwaniach wewnątrzczaszkowych zjawiała się ślepota w ostatnich dniach życia, przed wystąpieniem objawów opuszkowych i mózgowych. U jednego psa autor znalazł małe wysięki krwi w okolicy plamki żółtej, nacieczenie drobnokomórkowe w zakończeniu gałkowem nerwu wzrokowego i zmiany w siatkówce, szczególniej w warstwie komórek zwojowych. U drugiego psa, u którego zakażenie było nader silne, wziernik wykazał przekrwienie obustronne tarczy nerwu wzrokowego, a badanie drobnowidowe zapalenie tarczy z drobnemi ogniskami nacieczenia drobnokomórkowego, zmiany siatkówkowe, zwłaszcza w warstwie zwojowej, i liczne drobne guziczki nosaciznowe w siatkówce i w błonie naczyniowej, leżące przeważnie wzdłuż naczyń. Zmiany te były bardzo podobne do spostrzeganych przy ostrej gruźlicy prosówkowej. Mogły one być skutkiem zatorów zakaźnych, które były spostrzegane prawie we wszystkich narządach.

Po wstrzykiwaniu do komory przedniej, psy i szczury wykazywały bardzo znaczne zmiany, a czasem zniszczenie zupełne oka w ciągu 2 miesięcy. Świnki morskie i króliki, oprócz zmian ocznych, przedstawiały objawy zakażenia ogólnego, które kończyło się śmiercią po 15—30 dniach. U królików w 1—2 dni po wstrzyknięciu spostrzegano pierwsze oznaki zapalenia tęczówki z wystąpieniem maleńkich guziczków nosaciznowych; guziczki po kilku dniach stawały się liczniejsze i większe, wysięk w polu źrenicy i w komorze przedniej powiększał się,

tworzyły się guziczki na brzegu rogówki i pod spojówką gałkową, rogówka mętniała i pokrywała się wrzodami. Zmiany w rogówce zjawiały się nie tylko u brzegu, jak to widział w wyżej wymienionych doświadczeniach Sanarelli, ale także często powstawały w miejscu wstrzyknięcia; czasem występowały w postaci zapalenia rozlanego lub guziczków w miąższu rogówki. W naczyniówce znajdowano liczne guziczki, a jeszcze częściej nacieczenie rozlane w warstwie naczyń włoskowatych z wysiękiem włóknikowo-ropnym, który oddzielał siatkówkę i czasem wylewał się do ciała szklistego.

Zapalenie nerwu wzrokowego często było ciężkiem; rozszerzenie się jego do skrzyżowania się nerwów i do opon mózgowych, również jak cierpienie tkanki oczodołowej, stanowiło pierwszy objaw zakażenia ogólnego.

Zakażenie powieki, zawsze górnej, przechodziło od rogówki wskutek tarcia się o nią. Zjawiały się guziczki podspojówkowe i owrzodzenia, które przebijały chrząstkę i posuwały się czasem dalej. Wrzody spojówki gałkowej powstawały powolniej niż powiekowej i dawały początek sklerytowi i episklerytowi; sprawa chorobowa szerzyła się głównie wzdłuż naczyń.

Zapalenie ogólne oka *(panophthalmitis)* poprzedzało kilku dniami zakażenie ogólne i śmierć.

Guziczek, który w moim przypadku utworzył się na spojówce powieki dolnej, stanowi, jak wiadomo, pierwotny wytwór nosacizny; jest on podobny do gruzełka, składa się z drobnych komórek okrągłych, łatwo rozpadających się, jednak nie zawiera komórek olbrzymich. Zamiast guziczków tworzą się u ludzi czasem krosty, podobne do ospowych, lecz odróżniające się od nich brakiem zagłębienia pępkowatego i umiejscowieniem, w przypadku wystąpienia na skórze, nie w warstwie Malpighi'ego, ale w skórze właściwej.

Guziczki na skórze i spojówce ulegają zwyrodnieniu serowatemu i, podobnież jak krosty, owrzodzeniu; głębiej leżące zamieniają się w małe ropnie, które wkońcu otwierają się na zewnątrz, tworząc również wrzody. Od guziczków zakażenie rozszerza się, podobnie jak w gruźlicy, przez naczynia chłonne,

które napełniają się często masą ropowatą i tworzą zgrubienia w błonie śluzowej. Gruczoły chłonne, stale podlegające u koni cierpieniu, u ludzi często nie są dotknięte; w przeciwnym razie obrzękają i ulegają zwyrodnieniu serowatemu lub rozmiękczeniu. Naczynia krwionośne, lubo rzadko, mogą także być zakażone.

Obok guziczków występuje sprawa rozlana w postaci przekrwienia i obrzęku błony śluzowej z obfitą wydzieliną śluzu i w postaci nacieczenia lub zapalenia ropnego skóry.

W moim przypadku przekrwienie i obrzęk spojówki nie mogą być uważane za rozlaną sprawę nosaciznową, ale za skutek podrażnienia wywołanego przez guziczek; w innym przypadku nie ustąpiłyby tak prędko po zniszczeniu guziczka. To prędkie zniszczenie nie pozwoliło wystąpić sprawie rozlanej.

Powstaje pytanie, dlaczego spojówka jest tak rzadko miejscem wniknięcia zakażenia nosaciznowego, znacznie rzadziej niż błona śluzowa nosa. Należy przypuszczać, że ruchy automatyczne powiek ochraniają w największej części przypadków spojówkę i gałkę oczną od zakażenia bezpośredniego. Obok tego musimy przyjąć, że błona śluzowa człowieka mniej wrażliwą jest na zarazek nosacizny niż u konia, zakażenie bowiem przez nos rzadziej spostrzega się u pierwszego, niż u drugiego.

Przypadek mój, przedstawiający nosaciznę spojówkową, która znikła ostatecznie po zniszczeniu ogniska pierwotnego, nie ma sobie podobnego w znanem mi piśmiennictwie.

2. O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci.

Napisał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

(Ciąg dalszy.)

Drugi przypadek jest może mniej wybitnym od poprzedniego, w niejednem jednak pierwszy przypomina.

Józef X., 3letni synek, zrodzony z ojca, który kilka lat przed ożenieniem się przechodził syfilis części rodnych i wsku-

tek późniejszych drugorzędnych objawów leczony był energicznie wcierkami, jest dzieckiem wątłem, ma zęby mleczne bardzo zepsute i nieco wystające guzy czołowe. Zresztą żadnych nie można u niego stwierdzić zmian, któreby za poważnem jakiem cierpieniem ustrojowem przemawiały.

Dziecko przedstawiono mi w czerwcu r. 1899 z powodu, iż od stycznia po odrze już po raz trzeci na oczy zapada.

U prawego oka znalazłem na samym środku rogówki okrągły, lekko ponad powierzchnię wystający żółto-szary guzek, a dołem wewnątrz przy brzegu rogówki nieco większy, ale mniej nasycony, więcej rozlany, jakby już wessaniu ulegający naciek. Pozornie, mianowicie wobec małego zaostrzenia sprawy, można było uważać zmiany rogówkowe jako zwykłe skrofuliczne pryszczyki, za jakie też nie bez pewnej podstawy przez lekarzy, którzy poprzednio dziecko leczyli, zapalenie to było uważane. Przy dokładnem atoli nastawieniu ogniska soczewki, użytej do bocznego oświetlenia, i przy pomocy lupy widzieć było można bardzo cieniutkie naczynia, od brzegu do owego środkowego nacieku dążące i pędzelkowato takowy od dołu zewnątrz okalające.

Pod wpływem ciepłych okładów, maści Pagenstecher'owskiej, atropiny, a wewnętrznie jodku potasu, wyniosłość środkowa nieco, ale bardzo mało się zmniejszała. W dwa tygodnie stan jeszcze mało okazał się zmienionym mimo kąpieli mydlanych, jakie z polecenia mego były co drugi dzień stosowane. Gdy w kilka dni później nowy pokazał się naciek w górnozewnętrznym kwadrancie, bardzo nasycony, ściśle ograniczony, a tęczówka nieco wydawała się przekrwioną, źrenica zaś mimo atropiny nie rozszerzała się, zmieniłem dotychczasowe leczenie o tyle, że zamiast jodku potasu pigułki kalomelowe, jak w poprzednim przypadku, podawać poleciłem.

Już po kilku dniach nacieki, tak środkowy, jako też najświeższy, znacznie się zmniejszyły, źrenica rozszerzyła się, a dziecko, dotychczas grymaśne i niespokojne, poczęło się swobodnie bawić. Nacieki te poznikały z pozostawieniem małych plamek, żaden zaś z nich nie okazał skłonności do rozpadu i wytworzenia wrzodu. Od czasu używania pigułek kalomelo-

wych, które dziecko doskonale znosiło, nawrotów nie było do tej chwili.

T r z e c i p r z y p a d e k odmiennie nieco od poprzednich się przedstawia.

Marya S. po raz pierwszy przedstawioną mi była d. 10 października 1898.

Matka opowiada, że miała 10 porodów, 2 poronienia. Z 10 dzieci 4 umarło w młodym wieku. Marya zawsze okazywała objawy skrofuliczne, a już dawniej zapadała ponownie na prawe oko, leczona przez prof. R y d l a. Jakiego rodzaju była choroba, nie zdołałem wypośrodkować.

Od trzech tygodni znowu zapadała na prawe oko i na ropienie prawego ucha. Zęby natomiast mają znamię Hutchinson'owskich. Dziewczynka ma wygląd wogóle skrofuliczny. Co do oka zaś, to takowe przedstawia obraz rozlanego zapalenia powierzchownego rogówki w zewnętrznej połowie z wytworzeniem dość licznych powierzchownych naczyń. Nadto lekkie zapalenie brzegu powiekowego *(blepharitis ulcerosa).* Nie będę opisywał bardzo rozmaitych sposobów, zwykle stosowanych przy skrofulicznych zapaleniach rogówki, wspomnę tylko, że kąpiele mydlane i jodek potasu stanowił ogólnego leczenia od samego początku główną podstawę. Zapalenie to, z wielkim trudem opanowywane, co chwilę zaostrzało się, a po wielu zabiegach tak dalece ustąpiło w końcu listopada, iż dziecko tem okiem, które teraz dobrze otwierało, czytało Sn. 1·5 i miało $w = {}^{6}/_{24}$. Przepisałem zawsze jeszcze stosowanie dalsze kąpieli, maści żółtej, połączonej z masowaniem rogówki, jako też zażywanie jodku.

W lutym następnego roku przyprowadzono mi chorą z powodu plamy, która się więcej na rogówce, zdaniem otoczenia, uwydatniała.

Oczywiście, wobec tego, że stan zapalny znikł, uwydatniło się więcej zmętnienie rogówki w postaci plamki okrągłej, trzy mm. szerokiej, umiejscowionej obok środka rogówki, a otoczonej lekkiem zmętnieniem powierzchownem rogówki. Pannus skrofuliczny pozornie znikł zupełnie.

Badając atoli dokładnie przy bocznem oświetleniu i pomocy lupy, mogłem dostrzedz nie tylko od góry na rogówkę zachodzące nieliczne powierzchowne, cienkie naczynia, — ale nadto od zewnątrz smugę miotełkowatych, bladych, głęboko położonych naczyń, zmierzających do owego zmętnienia mimośrodkowego rogówki. Dla zapobieżenia nawrotom i w zamiarze sprowadzenia dalszego wyjaśnienia rogówki przepisałem pigułki kalomelowe.

Chora przedstawiła mi się ponownie w czerwcu tegoż roku, przyczem mogłem stwierdzić, że rogówka więcej się wyjaśniła, w każdym razie owa plama stała się bledszą, a i naczynia głębokie mniej były dostrzegalne.

Matka udała się z córeczką do Rabki w końcu czerwca, tutaj atoli wkrótce nastąpiło zaostrzenie sprawy, wskutek czego przywieziono mi dziecko 17 lipca. Stan oka przedstawiał się w następujący sposób: dość silne przekrwienie spojówki, ból, nastrzyknięcie przyrogówkowe, a środek rogówki zmętniony. Zmętnienie to na 4—5 mm. w średnicy szerokie, dość ścisłe, a powierzchnia nad zmętnieniem lekko nierówna, od zewnątrz zaś w głębi rogówki gołem okiem dostrzedz można do zmętnienia ciągnące naczynia miotełkowate. Tęczówka lekko przekrwiona, źrenica wąska. Nadto w obrębie rąbka spojówkowego pryszczyki prosowate.

Przepisałem obok atropiny maść do oka z kseroformu i żółtego tlenku rtęciowego, wewnętrznie zaś pigułki kalomelowe. Pod wpływem leczenia tego od razu zaczęło się oko poprawiać. Pryszczyki poznikały, rogówka poczęła się wyjaśniać, tak, że w kilka tygodni później mogłem chorą odesłać do Rabki, gdzie, używając tej samej kuracyi, wkrótce wyzdrowiała. Plama rogówki przybrała odcień szary, a wzrok wynosił w jesieni prawie $^{6}/_{18}$ Sn. 0,5.

Czwarty przypadek: Stanisław S. z P., siedmioletni chłopczyk, choruje od 2 lat z małemi przerwami, leczony przez rozmaitych okulistów kraju, i to przeważnie antiskrofulicznie. Przepisane przez jednego z zagranicznych lekarzy środki, miejscowo mające się stosować, sprowadzały, jak z opowiadania rodziców wynikało, zatrucie atropinowe.

Po raz pierwszy widziałem dziecko w końcu stycznia b. r., a od wielce zakłopotanego stanem dziecka ojca dowiedziałem się, co następuje: Przed 20 laty, będąc kawalerem, zaraził się, i długo z powodu następowych objawów syfilitycznych był leczony wcierkami. Związek małżeński po raz pierwszy zawarł dopiero na zapewnienie lekarza, że już żadnego nie ma niebezpieczeństwa.

Pierwsza żona poroniła w kilka miesięcy, a zapadłszy na jakieś cierpienie płuc, po kilku latach umarła (*syphylis pulmonum?*).

Z drugą żoną ożeniony od 10 lat. Pierwsze dziecko, słabe, umarło w siódmym miesiącu życia, drugiem jest Staś, a trzeciem dziewczynka, rzekomo zdrowa.

Dziecko przedstawione mi przedstawia wybitne ślady kiły dziedzicznej. Przytępiony słuch, tubera frontalia wystają, nos siodełkowaty, lekkie ragady przy kącikach ust. Zęby zaś w ogóle słabo rozwinięte, a zęby sieczne górnej szczęki zupełnie zniszczone, dolnej w ogóle zepsute.

Na swój wiek chłopczyk jest mało rozwinięty, wątły i niedokrewny.

Gruczoły lymfatyczne namacalne, ale niezbyt powiększone.

Co do ócz, to znaczy się dość silny światłowstręt. Świeżo zajęte zdaje się być oko prawe, którego szpara wąska.

Badanie wykazuje: Prawe oko. Na spojówce dolnych załamków liczne mieszki, spojówka gałki przekrwiona miernie, zwłaszcza po stronie zewnętrzno-dolnej. Od góry zewnątrz zachodzą dość liczne naczynia powierzchowne, nadto od strony zewnętrznej a także i od dołu głębokie naczynia, pędzelkowato ciągnące się prawie aż do środka do zmętnienia lekkiego, ale g ł ę b o k i e g o rogówki. Część zewnętrzno-dolna okazuje nadto nabłonek rogówkowy jakby nakłuty. Obok tego znajdują się także plamki drobne powierzchowne, ale z powodu naczyń powierzchownych niedość wyraźne. Są one widoczniejsze i ściślejsze u l e w e g o oka, nie przedstawiającego ostrego zapalenia. Tu plamki rogówkowe są już to powierzchowne, już też głębsze, a do niektórych z nich zdają się dochodzić także miotełkowate naczynia głębokie lubo stwierdzenie tej okoliczności napotykało na prze-

szkody z powodu bardzo niespokojnego zachowania się dziecka nerwowego i rozgrymaszonego. Źrenice obu ócz szerokie, regularne.

Przepisałem kąpiele mydlane, pigułki kalomelowe, a na prawe oko maść żółtą, ciepłe okłady, wzgl. czasami atropinę.

O dalszym losie dziecka tyle mogę na razie podać:

Po dwóch tygodniach przybyła matka ze synkiem, oświadczając radośnie, że już po pierwszych dniach leczenia oczy poczęły widocznie na korzyść się zmieniać. Chłopczyk mniej jest nerwowy, sypia dobrze, gdy poprzednio sen bardzo był niespokojny i skąpy. Łaknienie dobre. Atropiny nie zapuszczano. — Sam stwierdzić mogłem rzeczywiście wielką zmianę. Dziecko spokojne, pozwoliło się zbadać dokładnie, przyczem przekonałem się, że owe liczne mieszki, prawdopodobnie następstwo zapuszczania atropiny, znikły, dziecko oba oczy otwiera dosyć swobodnie. *Pro:* przekrwienie spojówki nieznaczne, ów nalot, jaki znajdował się prawie w środku rogówki, zmienił się na plamę dość ścisłą jeszcze wobec innych plamek rogówkowych, ale jednak już przeświecającą. Owo zmętnienie, przedstawiające rogówkę jakby nakłutą w dolno-zewnętrznym kwadrancie, znikło zupełnie. W obu oczach widać dokładnie powierzchowne naczynia, które są nieliczne, lecz wyraźne, ale wyśledzić można także miotełkowato rozprzestrzeniające się ku środkowi blade głębokie naczyńka. — Wobec tak korzystnego przebiegu nie miałem powodu zmienić postępowania leczniczego, które niewątpliwie dalsze sprowadzi polepszenie i osłabi skłonność do nawrotów.

Piąty przypadek: Jadwiga W. przyprowadzoną była do tutejszej kliniki uniwersyteckiej w lipcu r. 1897 jako trzechletnie dziewczę z powodu guza, jaki wystąpił wskutek uderzenia się o stół. Stwierdziłem haematoma subperiostale i takowe naciąłem. Obok skrzepów krwi i płynnej krwi wydobyło się nieco ropy.

Po zatamponowaniu i t. d. sprawa zagoiła się. Powtórnie przyprowadzono dziewczynkę d. 9 grudnia 1899 r. z powodu zapalenia prawego oka.

Wywiady, może niezupełnie pewne z powodu nieobecności rodziców, podane przez osobę trzecią, mało poinformowaną,

wykazały, co następuje: Ojciec, lampart, żyje z żoną w najgorszych stosunkach i spowodował jej chorobę »nerwową«. Dzieci było i jest troje. Pierwsze, chłopczyk ośmioletni, zawsze choruje na »skrofuły«, a dawniej oblany był na całem ciele jakby jednym strupem. Drugie Jadwiga. Trzecie najmłodsze, 10miesięczne, ma dotychczas być zdrowe. Poronień nie było. Jadwiga miała już jako 6tygodniowe dziecko na oczy chorować. Gdy w maju zeszłego roku znowu na nie zapadła, nie była leczoną. Dopiero w lecie pojechała do Rabki, gdzie oczy więcej jeszcze zapaliły się; wtenczas to zawezwano pomocy miejscowego lekarza. Wcześnie też zaczęła chorować na angielską chorobę, wskutek czego późno nauczyła się chodzić.

Dochodzenie szczegółowe wykazało teraz, że w maju tegoż roku miało dziecko patrzeć na słońce, poczem powstał łzotok, światłowstręt, a wzrok obniżył się znacznie. Dopiero przed miesiącem spostrzeżono plamę na temże oku.

Badanie ogólne wykazało, co następuje: Nosek siodełkowaty, przy kącikach ust ragady. Podudzia wygięte na zewnątrz, nasady kości nieco zgrubiałe, a także paciorkowate wyniosłości żeber. Gruczoły karkowe jako też i szyjowe więcej podszczękowe lekko powiększone.

Dziecko wątłe bardzo; podniebienie wąskie, zęby sieczne górne powypadywane, dolne źle rozwinięte, rowkowane, z nadpsutą emalią.

Co do oka prawego, to takowe objawia światłowstręt, lekkie przekrwienie spojówki gałki, na środku rogówki nieregularnie nasycone, wyniosłe zmętnienie, średnicy 7—8 mm., w środku tegoż mały ubytek powierzchowny. Tęczówka w zapaleniu nie bierze udziału, widać tylko na jej brzegu nosowym dwie grudki pigmentowe *(ectopia uveae)*.

Przyjmując, ze względu na długotrwałość cierpienia, a przedewszystkiem na wygląd dziecka, podstawę kiłową, sądziłem, że zapalenie rogówki, przedstawiające tylko mały wrzodzik, otoczony nalotem szaro-żółtym, lekko nad powierzchnię rogówki wystającym, jest pochodzenia kiłowego i przepisałem ogólne leczenie, powyżej już wymienione. Do oka zaś samego poleciłem stosować ciepłe okłady i maść Pagenstecher'a.

Wolno, ale stale zmętnienie rogówki zmniejszało się, ubytek wypełniał się, tak, że obecnie cała powierzchnia rogówki jest gładka, równa, lśniąca, tylko przy bocznem oświetleniu widać, że zmętnienie rogówki składa się z kilkunastu plamek ściślejszych, grupujących się naokoło samego środka rogówki, przed kilku jeszcze tygodniami będącego siedliskiem lekkiego ubytku.

W tym przypadku nie było można dostrzedz żadnych naczyń ani powierzchownych, ani też głębokich. Zbacza on o tyle od poprzednich, iż zajęcie rogówki nie było wybitnie wystającą wypukłością, biorącą początek w głębszych warstwach rogówki; nie było też żadnych naczyń miotełkowatych, lecz z drugiej strony zaznaczyć wypada, że przypadek ten nie był spostrzegany od początku, mógł więc przybrać przez poprzednie leczenie odmienny charakter.

Co jednak za skutecznością leczenia swoistego przemawia, to owo szybkie zabliźnienie się ubytku, które przy sprawach czysto skrofulicznych zwykle bardzo długo daje na siebie czekać, a dalej korzystny wpływ na ogólny stan dziecka, który, o ile z wyglądu sądzić było można, poprawił się znakomicie.

(Dokończenie nastąpi.)

II. STRESZCZENIA.

Barwa oczu u ludów Kaukazu (Z dziedziny antropologii).

Znany publicysta Dr I. Pantiuchow z Tyflisu w swych antropologicznych studyach narodów kaukaskich poświęca kilka stronic barwie tęczówek.

Przeważnie barwa ich bywa piwna, czarne oczy u tuziemców są daleko rzadsze. Ern. Chautre twierdzi, że u większej liczby mieszkańców zachodniego Kaukazu tęczówki bywają zielonkawe, u Samurzakańców i Swanetów oczy zupełnie zielone, spotyka się też oczy barwy morskiej wody, mleczno-kawowej, jasno-żółte, ciemno-popielate.

Bywają też bezbarwikowe oczy, z odcieniem jakby szkła butelkowego, których nie można zaliczyć ani do popielatych, ani też do błękitnych. Takie bezbarwikowe lub też mieszanych barw oczy spostrzegamy u Mingrelów, Abchazów, Swanetów, Osetynów, Ingu-

szów, niektórych Lezginów, rzadziej wśród Gruzinów. Po większej części bezbarwikowe oczy są wynikiem mieszania się z północnymi dohistorycznymi Europejczykami. Niektóre szczególne zabarwienia tęczówek, a także osobliwy kształt oczu rodzą przypuszczenie, czy nie należą one do jakiegoś samoistnego typu kaukaskiego pochodzenia?

Autor zwraca uwagę na osobny typ jasnooczny (błękitny i popielaty) za Kaukazem w Dagiestanie, lecz przeważnie wśród narodów zachodniego Kaukazu, gdzie ten typ ma »pewne osobliwości psychiczne«.

Takich oczu wśród Osetynów bywa 33—35 $^0/_0$, wśród Imeretynów, Abchazów i Gruzinów 8—12 $^0/_0$, wśród Samurzakańców 40 $^0/_0$ (przeważnie u szlachty i książąt).

Dane te czerpiemy z rozprawy autora p. t. »Wpływ mieszkań na zachowanie typów i zdrowia« (1896 r.).

W obszerniejszej swej pracy »Spostrzeżenia antropologiczne na Kaukazie« podaje on szczegółowo i liczebnie barwę oczu u ludów kaukaskich, zapisaną przez rozmaitych badaczy i lekarzy.

Zliczywszy je, przedstawiam w następującej tabliczce:

	Narody i plemiona	Barwa oczu			
		Popielaty	Błękitny	Średni	Piwny
	Żydzi górscy	16	3	15	170
	Ormianie	109	32	209	1583
Gruzyjczykowie	Gruzini	84	36	225	846
Gruzyjczykowie	Chewsury	6	3	15	20
Gruzyjczykowie	Pszawy	—	7	12	45
Gruzyjczykowie	Tuszyni	—	4	14	14
Gruzyjczykowie	Imeretyni	87	128	381	1124
Gruzyjczykowie	Mingrelczycy	94	52	155	490
	Abchazy	33	18	25	218
	Swaneci	4	4	53	45
	Osetyni	101	14	63	212
Lezgini	Awarcy	—	4	4	35
Lezgini	Kazikumuchcy	6	2	6	21
Lezgini	Andyjczykowie	9	8	18	30
Lezgini	Darginczykowie	16	7	43	65
	Czeczeńcy	7	4	9	15
	Kabardyńcy	11	6	10	107
	Wschodni Górale	34	11	11	112

Jak widzimy, przeważającą barwą oczu tęczówek jest piwna, która u Ormian i Gruzinów przechodzi w ciemno-piwną, a nawet czarną (u Ormian na 30 popielatych — 45 czarnych, u Gruzinów na 155 piwnych — 72 czarnych).

Piwne oczy najczęściej (80—92%) widzimy u Kurdów, Ajsorów (z okręgu Urmia), Żydów, Persów, Ormian i aderbejdzańskich Tatarów; rzadziej (60—70%) u Gruzinów, Osetynów, Imeretynów, jeszcze rzadziej (40—50%) wśród Mingrelczyków, Swanetów i niektórych plemion czerkieskich Dagiestanu. Procent bezbarwnikowych oczu (popielatych i błękitnych) wynosi 2—15%. U Swanetów % zielonych oczu dochodzi 30%. U Mingrelców nierzadkie są oczy nigdzie nie widziane: jasno-popielate i jasno-żółte.

Według Erckert'a, piwne oczy są dość częste u Awarców (81%), Kabardyńców (80%), Czerkiesów Adygie (85%), Kazikumukców (62%).

Zauważono, że w jednych gminach przeważają oczy piwnej barwy, w drugich — innej barwy.

Autor spostrzegał u Gruzinów z ciemno-piwnemi, czarnemi oczami nadzwyczaj mały wzrost ($^1/_3$ prawie karłów) — typ małorosły, podług innych — żydowski; przeciwnie plemię gruzyjskie Pszawy, a także Osetyni i Abchazowie wśród błękitno-ocznych najwięcej byli wzrostu niskiego.— U Gruzinów, Kazikumukców, Lezginów i Osetynów obwód głowy i długość twarzy są większe u jasnookich, aniżeli u ciemno-okich. Jeśli u zakaukaskich (czyli aderbejżańskich) Tatarów, nadbrzeżnych Greków, Kurdów, Tekińców (kilku okolicznościowo przywiezionych z Aschabadu) i Persów barwa tęczówek przeważnie bywa ciemno-piwna, a nawet prawie czarna, to u Turków spostrzegamy tylko jasno-piwne lub też błękitne, lecz zielone oczy nie zdarzają się u nich wcale.

W końcu swej ostatniej antropologicznej pracy Dr P. wypowiada 2 tezy:

1. Typ czysto kaukaski (przeważnie wśród ludów wschodniego Kaukazu) ma kolor tęczówek ciemny, piwny lub nawet czarny; drugi typ bezbarwnikowych tęczówek (przeważnie w Kaukazie zachodnim) jest wynikiem mieszania się krajowców z ludami Europy; lecz jakie mianowicie jasno-okie plemiona złączyły się z ludami Kaukazu i kiedy to miało miejsce — niewiadomo.

2. Typ semicki, oznaczający się dziś poniekąd ogólnym wyglądem, charakterystycznym układem ust i wyrazem oczu, spostrzegany jest prawie wśród wszystkich narodów Kaukazu, szczególnie u nadkaspijskich Kumyków, których autor uważa za dawnych starozakonnych Chazarów, odgrywających pewną rolę w zawiązkowej historyi Rosyi.

U Kumyków znalazł autor 86% oczu jasno-piwnych, 1,3% błękitnych, czarnych oczu jednak nie widział. *Dr J. T.*

Uwagi, dotyczące antropologii Chińczyków północy (Notes sur l'antropologie des Chinois du Nord). Dr Julian Talko-Hryncewicz. — Moskwa. 1899. — Str. 81.

Autor, zaszczytnie znany w piśmiennictwie lekarskiem i antropologicznem, osiadły od kilku lat na pograniczu Mongolii w Troickosawsku, świeżo ogłosił swe badania nad Chińczykami okolic Majmaczyna, Kiachty i Urgi, z których robimy wyciąg antropologicznych danych, odnoszących się do oczu.

Zmarszczki górnych powiek, dające pewien charakterystyczny wyraz twarzy, są właściwe rasie mongolskiej; wytwarzają się drogą dziedziczności u dzieci chińskich i długo powtarzają się jeszcze w pokoleniach Metysów, Chińczyków z Europejczykami. Rzadko kiedy ich nie bywa. Zmarszczki te autor dzieli na wielkie i małe, pierwsze bywają częstsze (68,5%), drugie rzadsze (22,2%), nie istnieją w 9,2% i to tylko u młodych osobników; w wieku starszym zmarszczki przybierają zawsze postać większych.

Oczy u Chińczyka mają postać ukośną, czem się odróżniają od europejskich, przykrywają się obwisłemi górnemi powiekami. wskutek czego wytwarza się szpara powiekowa, dość wąska i długa, Barwa tęczówek bywa tylko piwna, a mianowicie: jasno-piwna w 25,9%, piwna w 12,9%, ciemno-piwna w 61,1%, t. j. ciemne oczy zdarzają się u $^3/_5$, jasne u $^1/_4$, średnie u $^1/_8$. Ciemno-piwna tęczówka po 45 latach traci barwę i połysk, »w około rogówki tworzy się wałek *(limbus corneae)*« (? Ref.).

Wogóle u Chińczyka przeważa ciemny typ: skóra oliwkowo-żółta, włosy gęste, błyszcząco-czarne, do piwnej barwy tęczówki ani razu nie widziano domieszki błękitnej, szarej lub zielonawej barwy. Jest to dowodem, że w starożytności przy wytwarzaniu się współczesnego antropologicznego typu nie wchodziły weń przymieszki jasnych żywiołów.

W końcu z powyższej pracy mogą nas jeszcze zajmować wymiary oczodołu u Chińczyków, a mianowicie jego szerokość (najmniejsza 37 mm., największa 44 mm.) i wysokość (31—40 mm.). *Dr J. T.*

Rozwój i obecny stan odkażania rąk (Entwickelung u. Stand der Haendedesinfection). Prof. Fuerbringer z Berlina. — (Deutsch. med. Wochenschr. Nr 49. 1899).

Po raz pierwszy w tym przedmiocie zabierał autor głos przed trzema laty, obecnie w swym artykule przechodzi krytycznie badania i doświadczenia z lat ostatnich. Jedne z nich, zgodnie z po-

przednio wygłoszonemi zapatrywaniami autora, wyróżniają jako jeden z najlepszych odkażających środków, alkohol — drugie (Gottstein, Blumberg, Kroenig) wykazują, że można się zupełnie bez niego obejść.

Wśród licznych zwolenników alkoholu, jak Loehlein, Rydygier, Tjaden, Schaeffer, i w. i., szczególnie Ahlfeld ceni go wysoko, gdyż sądzi, że umycie rąk w gorącej wodzie mydłem, a następnie w alkoholu *(Heisswasseralkoholverfahren)* będzie w przyszłości ogólnie przyjętem. Autor nie idzie tak daleko, i tylko twierdzi, że alkohol 70—90$^0/_0$ nie tylko działa zabójczo na drobnoustroje, ale przez swoją własność rozpuszczania tłuszczów, łatwego łączenia się z wodą nie tylko sobie, ale następnie innym środkom odkażającym, jak sublimat, karbol, lysol i t. d., toruje drogę. —

Następnie wspomina F. o tych, którzy w inny sposób starali się odkazić ręce; i tak Menge poleca oblanie rąk roztworem parafiny w ksylolu, Lauderer i Kraemer formalinę, Senger mycie w rozcieńczonym kwasie solnym, potem w kali hypermang. i następnie w kwasie siarkowym, aby w ten sposób mogły na skórę zadziałać najenergiczniejsze środki odkażające, jak chlor, tlen i kwas siarkowy *in statu nascenti.* Mikulicz (1898) poleca pomazanie końców palców nalewką jodową; w ostatnich czasach jednakże (1899) przyłącza się po części do zapatrywań autora — łącząc bowiem mycie mydłem a potem alkoholem w jeden akt, poleca używanie oficynalnego spirytusu mydlanego. Przeciwnikom zaś odpowiada, że wogóle zupełne wyjałowienie skóry rąk jest niemożliwe, gdyż, jak Goldstein wykazał, drobnoustroje nie tylko na powierzchni, ale i w głębszych warstwach naskórka się znajdują. W większości przypadków do naszych celów wystarczające odkażenie rąk osiągnąć można rozmaitymi sposobami — nawet bez alkoholu; jednakże skuteczniej, prędzej i pewniej, gdy się go użyje.

Łuniewski.

Odrastanie soczewki u człowieka (Linsenregeneration beim Menschen?). Prof. Dr K. Baas z Fryburga (Muenchen. Med. Wochenschrift. 1899. Nr 48).

U 62letniej kobiety, u której przed 20 kilku laty usunięto zaćmę oka prawego, gdy się ponownie do fryburskiej kliniki zgłosiła, stwierdził autor w obrębie źrenicy, która tylko na obwodzie okazywała resztki zaćmionej torebki, wytwór kulisty wielkości dużej główki od szpilki, wyrastający na niezbyt długiej szypule górą zewnątrz z poza tęczówki i sterczący dość znacznie w głąb ciała szklistego. Za pomocą wziernika można było w obrębie tego okrągłego wyrostka wydobyć wyraźny odblask czerwony z dna oka.

Ponieważ w zapiskach, odnoszących się do przebiegu pooperacyjnego u tej chorej, nie było żadnej wzmianki o jakiejkolwiek pozostałości innej prócz zaćmy wtórorzędnej, przeto zrobił autor przypuszczenie, że wytwór ten nie jest niczem innem, jak tylko odrastającą soczewką. Na poparcie tego przypuszczenia przytacza on doświadczenia, wykonywane na zwierzętach. I tak Colucci i Wolff wykazali, że u trytona soczewka usunięta odradza się z przybłonka siatkówkowego tęczówki, nowowytworzona jednak soczewka nie dochodzi do rozmiarów dawnej, a jej budowa histologiczna jest nieprawidłowa. Podobną częściową regeneracyę stwierdził Roethig u pstrąga, inni badacze, jak Cocteau, Leroy d'Etiolles, Textor, Valentin u różnych zwierząt ssących, jak u psa, kota, królika, owcy, morskiej świnki i t. d. U wszystkich tych zwierząt nowowytworzone soczewki różnią się wielce od prawidłowej, posiadają niejednokrotnie kształt nieregularny, n. p. podkowiasty lub łukowaty, przytem drobnowidowo składają się z włókien krótszych, ale za to szerszych, niż włókna prawidłowej soczewki. Autor dopatruje się pewnego podobieństwa między tymi wytworami a opisanym przez Soemmeringa wałem kryształowym (*Krystallwulst*), dającym się spostrzegać u ludzi po usunięciu soczewki. Prof. Baas przyznaje, że do ostatecznego rozstrzygnięcia pytania, czy w przypadku przez niego opisanym należy przyjąć odrośnięcie soczewki, czy też niezwykle rozwinięty wał kryształowy, należałoby przeprowadzić badanie drobnowidowe, czego nie można było uskutecznić. Na końcu swej pracy czyni on jeszcze przypuszczenie, że wyrostek w źrenicy jego chorej mógłby być także uważany za nieznany dotychczas i nieopisany jeszcze nowotwór soczewki, który w danym razie zasługiwałby na nazwę *lentoma*. Na każdy wypadek spostrzeżenie swe uważa autor za unicum i twierdzi, że w drugiej połowie bieżącego stulecia w literaturze, odnoszącej się do ludzkiej patologii, nie znajdujemy wzmianki o klinicznie stwierdzonej regeneracyi soczewki. Tymczasem prof. Wicherkiewicz ogłosił w »Klinische Monatsblaetter« z r. 1882 przypadek pod pewnymi względami bardzo analogiczny. Przypadek ten odnosił się do 50letniej kobiety, u której wykonaną została prawidłowa, dobrzeżna irydektomia z powodu ostrej jaskry. Przy pierwszej zmianie opatrunku znalazł prof. Wicherkiewicz w worku spojówkowym jądro soczewki. Rana była jednakowoż dokładnie zamknięta, szpara w tęczówce zupełnie regularna, przednia komora miernie głęboka, a tylko torebka soczewki okazywała lekkie zmarszczenie. Chora zachowywała się po operacyi bardzo niespokojnie, wstawała nawet z łóżka i schylała się, można było zatem przypuścić, że uderzyła się w oko, spowodowała pęknięcie torebki soczewkowej górą w okolicy równika i wycisnęła sobie ją-

dro soczewki przez świeżą ranę operacyjną. Co ciekawsza jednak, to dalsze zachowanie się uszkodzonej w ten sposób soczewki. Zaczęła się ona zaćmiewać głównie na obwodzie, górą, i zaćmienie to po kilku dniach tak postąpiło, że szczegółów dna oka nie można było dojrzeć. Wkrótce jednak zaćmienie zaczęło się na nowo wyjaśniać i po niedługim czasie nie tylko soczewka odzyskała zupełną przezroczystość, ale także przednia torebka wygładziła się zupełnie, z czego autor wnosi, że przestrzeń pusta, którą po sobie zostawiło jądro, wypełniła się nowowytworzoną tkanką soczewkową, albo też przezroczystym płynem. — Tak więc przypadek, opisany przez prof. Baasa, nie jest pierwszym ani jedynym, w którym można było przypuszczać na podstawie objawów klinicznych częściową regeneracyę soczewki. — *Dr K. W. Majewski.*

Jak powstają pierścieniowate ubytki w polu widzenia? (Wie entstehen Ringscotome?). Dr A. Crzellitzer ze Strassburga (Arch. f. Augenheilkunde. T. XL. Str. 279).

W pracy tej usiłuje autor wyjaśnić często zjawiające się, a dziwne na pozór zjawisko, że przy rozsianem zapaleniu naczyniówki, gdzie ogniska zapalne rozrzucone są po całem dnie oka, badanie pola widzenia wykazuje bardzo często ubytek w postaci pierścienia okalającego punkt, na który chory patrzy. Każdego musi to zastanawiać, dlaczego ubytek w polu widzenia do tego stopnia nie odpowiada zmianom, dającym się wziernikiem na dnie oka wykazać. O wytłomaczenie tego zagadkowego zjawiska kusili się już niektórzy autorowie, i tak: Hersing i Bull powstawanie ubytków okrężnych wprowadzają w związek ze zmianami w naczyniach siatkówki, otaczających okrężnie plamkę żółtą. Przeciwko tej teoryi przemawia okoliczność, że zmian takich prawie nigdy w podobnych przypadkach wziernikiem dostrzedz nie można. Schoen upatruje w ułożeniu żył wirowych pewien związek z powstawaniem tych ubytków okrężnych, przyjmując, że w miejscach tych wraz z krwią żylną najwięcej się gromadzi i zatrzymuje krążących we krwi szkodliwych czynników. Przeciwko tej teoryi podnosi Dr Crzellitzer zarzut, że koła, jakie stanowią pierścieniowate ubytki, bywają różnej wielkości: raz okalają plamkę żółtą wąskim pierścieniem, innym razem mają średnicę znacznie większą. Autor stara się odpowiedzieć na dwa zasadnicze pytania: 1. Dlaczego w tych przypadkach widocznym na dnie oka ogniskom zapalnym nie odpowiadają ubytki w polu widzenia? 2. Dlaczego chory nie widzi pewnemi częściami siatkówki, w których wziernik żadnych zmian nie wykazuje?

Dla wytłomaczenia tej pozornej sprzeczności powołuje się autor na stosunki napięcia ścian gałki ocznej. Napięcie to nie we wszyst-

kich kierunkach jednako jest rozłożone. Ze względu na to, że siatkówka wraz z naczyniówką przytwierdzone są w tyle dookoła tarczy nerwu wzrokowego, a z przodu w okolicy ciała rzęskowego, przypuścić należy, że napięcie błon tych w kierunku południków jest większe, aniżeli w kierunku równoleżników. Działanie włókien promienistych mięśnia rzęskowego *(tensoris chorioideae)* jeszcze bardziej te stosunki napięcia uwydatnia. Za istnieniem takiego rozkładu sił przemawiają również niezbyt rzadko dające się spostrzegać pęknięcia naczyniówki, które, jak wiadomo, mają najczęściej kształt równoleżnikowy i otaczają tarcz nerwu wzrokowego mniejszem lub większem półkolem.

Przy rozsianem zapaleniu naczyniówki musi się niewątpliwie z licznych ognisk zapalnych wypacać wysięk zapalny, który, gromadząc się między siatkówką a naczyniówką, wywiera ucisk na zewnętrzne najczulsze warstwy siatkówki. Wysięk ten jednak gromadzi się przedewszystkiem w miejscach, gdzie siatkówka najsłabiej jest do naczyniówki przyparta, a zatem odpowiednio do wyżej opisanego rozkładu napięcia ułoży się nie w kierunku południków, lecz okrężnie — i przez ucisk, wywarty na siatkówkę, spowoduje okrężny ubytek w polu widzenia.

Autor przytacza 12 odpowiednich spostrzeżeń klinicznych i to nie tylko przypadków rozsianego zapalenia naczyniówki, lecz także oderwania siatkówki, jaskry prostej i kilka przypadków bez zmian wziernikowych. Jeżeli powyższe wytłómaczenie ubytków pierścieniowatych przy zapaleniu naczyniówki jest dosyć przekonywujące, to w przypadkach jaskry, a jeszcze bardziej odczepienia siatkówki nie może chyba zadowolnić, zwłaszcza, że w tym ostatnim przypadku ścieśnienie pola widzenia kształtem i rozmiarami odpowiada zazwyczaj dosyć dokładnie oderwanej siatkówce. —

Dr K. W. Majewski.

Podwójne zwichnięcie soczewki pod spojówkę (Double luxation sousconjonctivale du cristallin). Dr J. T e r s o n (jun.) z Tuluzy. (La Clinique Ophtalmologique. 1899. Nr 21).

Wyciśnięcie urazowe obydwu soczewek (Expulsion traumatique des deux cristallins). Dr L. T h i l l i e z z Lille (Ibidem).

Skutki, jakie uraz oku zadany może za sobą pociągnąć, bywają nieraz szczególne i dziwaczne. Oto w krótkości historya chorego, którą w pierwszej z wymienionych prac podaje Dr T e r s o n. Pewien 56letni wieśniak został przez krowę uderzony rogiem w oko lewe. Gdy zgłosił się po poradę, stwierdzono pęknięcie twardówki górą wewnątrz w pobliżu rąbka spojówkowego, mierny wylew krwi do ciała szklistego i do przedniej komory, a pod spojówką gałki znaleziono zwichniętą przezroczystą soczewkę. Soczewkę wydobyto

z pod spojówki i wypuszczono chorego z dobrą bystrością wzroku i stanem oka takim, jak po operacyi zaćmy. Po 6 latach chory ten uderzył się silnie w to samo oko o jakiś twardy przedmiot; blizna twardówkowa pękła, przyszło do wylania ciała szklistego i sprawa zakończyła się zanikiem gałki i utratą wzroku. W miesiąc później nieszczęśliwego tego człowieka bodzie wół rogiem w oko prawe. I tym razem stwierdzono pęknięcie twardówki i zwichnięcie podspojówkowe soczewki, którą natychmiast usunięto. Uraz wywołał jednak równocześnie znaczny krwotok śródgałkowy i rozległe odczepienie siatkówki, a tem samem spowodował zupełną i niepowrotną utratę wzroku.

Omawiając ten niezwykły, a nieszczęśliwy przypadek, podnosi autor, że co do postępowania wobec zwichnięcia soczewki pod spojówkę, zdania operatorów są podzielone: gdy jedni, jak Massy, Briola, zalecają niezwłocznie usunięcie takiej soczewki, inni, jak Wecker i Panas, radzą czekać, aż rana twardówkowa ulegnie zabliźnieniu. —

Historya chorej Dra Thilliez nie mniej jest osobliwą, choć nie tak smutną. Osoba ta zgłosiła się do niego z prośbą o dobór szkieł. Na pierwszy rzut oka zdawało się, że przebyła ona na obydwu oczach operacyę zaćmy z prawidłową irydektomią od góry, przyczem po prawej stronie źrenica była zupełnie czarna, a po lewej zasłaniała ją zaćmiona torebka. W obydwu oczach brak soczewek, ale zresztą żadnych innych głębszych zboczeń nie było. — Z opowiadania chorej pokazało się dopiero, że została ona przez krowę ugodzona rogiem w oko prawe, a w kilka miesięcy później uderzyła się w oko lewe żelaznym prętem. Dokładniejsze badanie przedmiotowe wykazało, że obydwa te urazy sprawiły skutek jednaki: spowodowały mianowicie pęknięcie twardówki i wyrzuciły przez otwór stąd powstały soczewkę, wcisnąwszy równocześnie tęczówkę pomiędzy brzegi twardówkowej rany. U prawego oka pozostała torebka, która się następnie zaćmiła, z lewego wyskoczyła soczewka widocznie w zamkniętej torebce. To też lewe oko okazywało przy użyciu odpowiednich szkieł względnie dobrą bystrość wzroku ($^1/_4$) w dal i zbliska, prawe zaś, które z powodu zaćmy wtórorzędnej miało tylko $^1/_{50}$ bystrości, mogło było przez rozcięcie torebki uzyskać znaczną poprawę wzroku, gdyby chora, zadowolniona ze szczęśliwego zakończenia swych nieszczęśliwych przypadków, nie była się sprzeciwiła wszelkiej operacyi. *Dr K. W. Majewski.*

Leczenie ran po operacyach ocznych bez opaski (Mittheilungen ueber offene Wundbehandlung nach Augenoperationen). Dr K. Mohilla (Centralblatt f. Augenheilk. 1899. XII).

Wychodząc ze zasady, że w sprawach tak wielkiej doniosłości praktycznej tylko bezwzględna prawda może oddać rzetelne usługi, podaje autor niezbyt pomyślną statystykę szeregu operacyi, wykonanych na oddziele ocznym Dra Purtschera w Klagenfurcie. Po operacyach tych zastosowano postępowanie Hjorta, zmienione tylko o tyle, że chorym niespokojnym i mniej inteligentnym zakładano na noc siatkę Fuchsa. Autor sam przyznaje, że wyniki tej statystyki nie przedstawiają się świetnie w porównaniu z wynikami, jakie dawniej na tym samym oddziele osiągano. Zestawienie jego obejmuje 195 operacyi: w tej liczbie 118 ekstrakcyi płatowych, 76 irydektomii i 1 punkcyą rogówki. Na 118 ekstrakcyi zanotowano zupełnie pomyślny przebieg w 85 przypadkach; w 33 pozostałych zaszły następujące powikłania: pęknięcie ranki 11 razy, lekka iritis 17 razy, cyclitis 2 razy, zakażenie rany 3 razy. Co do wyników optycznych, — to do zupełnej utraty wzroku przyszło 1 raz. Średnia bystrość wzroku przy wypuszczaniu chorych ze szpitala wynosiła przy pomocy szkieł sferycznych $^6/_{30}$. Najlepszą bystrość ($^6/_{10}$) znaleziono w 4 przypadkach, najgorszą ($^6/_{80}$) w 2 przypadkach, nie wliczając w to 2 przypadków zarośnięcia źrenicy i jednego przypadku zupełnego zropienia gałki. — Na 76 wykonanych irydektomii tylko 4 razy przyszło do lekkiego zapalenia tęczówki, 1 raz do pęknięcia ranki i wylewu krwi do przedniej komory, — zresztą zawsze przebieg był pomyślny. Punkcyą rogówki wykonano dla wypuszczenia zaćmy urazowej miękkiej, a chory po 16 dniach opuścił zakład jako wyleczony.

Zastanawiając się nad wynikami tej statystyki, nie potępia autor jednak w zupełności postępowania Hjorta. Przeciwnie podnosi liczne zalety tego sposobu, zwłaszcza niezmiernie korzystny wpływ jego na nastrój psychiczny operowanych. Niezrażony mniej pomyślnymi wynikami (po operacyach zaćmy) i przypisując je po części innym ubocznym okolicznościom, postanawia autor nie zarzucać nowej metody, lecz stosować ją dalej, z większą jednakże niż dotychczas oględnością, to znaczy ograniczyć ją do chorych rozsądniejszych, niespokojnym zaś zawiązywać oczy po dawnemu. —

Dr K. W. Majewski.

Przyczynek do znajomości niektórych rzadkich nieprawidłowości wzroku. Prof. Dr Silex (Zeitschrift f. Augenheilk. II. Z. 2).

A) Obustronne równoimienne połowiczne widzenie, które równocześnie w obu oczach wystąpiło.

U mężczyzny 66 l. zupełnie zdrowego, oprócz stwardnienia i pokręcenia tętnic skroniowych, wystąpiła mgła przed oczyma, gdy rano wstał ze snu. Oddziaływanie źrenic prawidłowe — ruchy oczu prawidłowe.

V p. o. = $^6/_9$ + 2D; Sn 0,5 c + 6D: 25 cm płynnie czyta. Obraz wziernikowy nie odkrywa żadnych zmian na dnie oka. Z pola widzenia utrzymany obszar, składający się z małej części około środka, większej części dołem z prawej strony i małej części dołem z lewej strony. Z początku choroby było pole widzenia nieco większe o część górą z prawej strony. Takie pole widzenia jest w obu oczach. Autor, nie mogąc sobie wytłomaczyć takiego kształtu pola widzenia w ten sposób, w jaki sobie przedstawiamy ograniczenie pola widzenia w połowicznem widzeniu równoimiennem lewem — utrzymana bowiem część pola widzenia po lewej stronie tego nie dopuszcza — i wykluczywszy zajęcie nerwów wzrokowych w całym ich przebiegu, umiejscawia przyczynę w sferze widzenia obu płatów potylicznych. Uderzającem jest właśnie to, że sprawa chorobowa wystąpiła równocześnie w obu płatach potylicznych, co się rzadko zdarza. Co do rodzaju sprawy mózgowej, to możnaby w tym wieku chorego i przy ogólnej miażdżycy naczyń myśleć o zakrzepie. Z utrzymania środka pola widzenia wnosić należy, że sfera dla plamki żółtej we fissura calcarina nie została dotknięta tą sprawą chorobową. Przy sposobności wyraża się autor z wielkiem powątpiewaniem o możliwości powstawania połowiczego oddziaływania źrenic, objawu, któremu wielu neurologów przypisuje znaczenie rozpoznawcze.

B) Dwa przypadki najmniejszego środkowego pola widzenia.

Przypadków, gdzie wskutek zaniku nerwu wzrokowego pole widzenia zacieśnia się od obwodu (dośrodkowo) coraz bardziej aż do obszaru 5—10⁰ w środku z utrzymaniem przez długi czas naośnej bystrości wzroku i rozróżnienia barw, często się nie spotyka.

1. Mężczyzna 60 l. zdrowy, wyskoku nadmiernie nie używał, kiły nie miał, robi wrażenie zupełnie ślepego. Jednak V = $^5/_{20}$ i sylabizuje 0,3. — Pole widzenia w samym środku 5—10^0. Barwy dokładnie rozpoznaje. Wziernik: zanik nerwów wzrokowych, prawdopodobnie wskutek zmian starczych.

2. Mężczyzna 54 l. stracił przed 2 laty wzrok na lewem oku wskutek zapalenia nerwu wzrokowego. V p. o. = $^5/_{7\cdot5}$ + 2D. Barwy pr. o. dobrze rozpoznaje. Wziernik: l. o.: zanik nerwu wzrokowego pozapalny, pr. o. wyraźne zapalenie nerwu wzrokowego. Pole widzenia bardzo ścieśnione, wzrok w przeciągu 2 lat spada do $^1/_2$ a pole widzenia aż do 13^0 w największym rozmiarze. Zupełna utrata wzroku jest tylko kwestyą czasu.

Odporność pęczka włókien makularnych w tych przypadkach możnaby wytłomaczyć tylko większą żywotnością tych włókien u niektórych ludzi.

Podobne najmniejsze pole widzenia środkowe spotyka się jeszcze prócz tego w zwyrodnieniu barwikowem siatkówki i w jaskrze, nie mówiąc o przypadkach na tle neurastenii, które tu nie wchodzą w rachubę. —

C) Scotoma annulare.

Urzędnik 52 l. przebył przed 24 l. kiłę — od 10 l. doznaje kurzej ślepoty, a od 6 l. o zmroku chodzić sam nie może. V p. o. około $^1/_{10}$ — plamki rogówkowe — grube zaćmienia w ciałku szklistem — tarcze brudno-szaro-czerwone — naczynia siatkówkowe nadzwyczaj cienkie, gdzieniegdzie otoczone białemi pochewkami. Dookoła tarczy w odległości 1—2 D. P. wieniec barwikowy 2—3 D. P. szeroki na jaśniejszem tle. Plamki czarne, podobne do kształtu ciałek kostnych, leżą w warstwie włókien nerwowych siatkówki. Ognisk naczyniówkowych nie ma nigdzie. Pole widzenia od obwodu nieco ścieśnione, a zmianom w siatkówce dokładnie odpowiada ubytek w polu widzenia pierścieniowaty. Autor spostrzegał podobne zmiany w siatkówce, które bywają uważane za retinitis pigmentosa atypica, 7 razy, i to zawsze u osób dotkniętych kiłą.

Dr Kreutz.

Uwagi nad wynikami leczenia nosa w chorobach ocznych. Prof. Dr A. Pergens z Bonn (Zeitschr. f. Augenheilk. T. II. Z. II).

W ostatnich czasach coraz większą uwagę zwracają na związek pomiędzy chorobami nosowemi i ocznemi. Co się tyczy śluzoropotoku woreczka łzowego, to autor przekonał się, że niejeden przypadek rozszerzenia woreczka łzowego nie był niczem innem, jak tylko empyema bocznych jam nosowych, zwłaszcza wtedy, gdy z punktów łzowych nic wycisnąć się nie dało, pomimo istnienia chełbocącego obrzmienia w okolicy woreczka łzowego. Zresztą doświadczenie poucza, że prawie zawsze śluzoropotok woreczka łzowego jest w związku z chorobą nosową — a głównie ozeną, która także często jest tylko objawem przewlekłego schorzenia bocznych jam nosowych.

Dalej stwierdził autor, że zajęcie woreczka łzowego u noworodków nie jest właściwym śluzoropotokiem woreczka, ale polega na niedrożności przewodu łzowego, którego ujście do nosa jest zamknięte błoną, pozostałą z życia płodowego. Potwierdza to wynik leczenia; udaje się bowiem prawie zawsze uciskiem na woreczek, a w wyjątkowych przypadkach jednorazowem sondowaniem przedrzeć błonę i drożność przywrócić, a chorobę wyleczyć. W wielu

przypadkach istniało przytem ropne zapalenie spojówek jednego lub obu oczów, klinicznie niczem się nie różniące od lekko przebiegającego śluzoropotoku spojówkowego u noworodków. Nieżyt ten był wywołany niedrożnością przewodu noso-łzowego. Jest to szczegół, na który dotąd zamało zwracano uwagi, uważając wszystkie zapalenia ropne spojówki, gdzie w wydzielinie nie znajdowano dwoinek Neisser'owskich, za osobnego rodzaju ropienie zakaźne. W śluzoropotoku spojówkowym noworodków radzi autor przedewszystkiem szukać gonokoków, a gdy ich nie ma, należy przez kilka dni wyciskać woreczek łzowy; w bardzo wielu przypadkach udaje się tym sposobem osiągnąć wyleczenie w krótkim czasie. Obok tego, gdy ropienie i obrzmienie spojówki jest znaczne, potrzeba szukać także innych drobnoustrojów.

W końcu wspomina autor jeszcze o dwóch przypadkach, gdzie od dłuższego już czasu okresowo powstawały na rąbku rogówkowym małe, wystające pęcherzyki, całkiem niepodobne do flykten lub herpes corneae. Zbadanie nosa i leczenie zmian w nim usunęło chorobę oczu raz na zawsze. *Dr Kreutz.*

Zgorzel powiek, spowodowana użyciem lodu. Plauth (Klinische Monatsblaetter f. Augenheilkunde. Styczeń. 1900).

Do przyczyn, wywołujących zgorzel powiek, o których niedawno wzmiankowałem przy opisie mego spostrzeżenia, a które szczegółowo zebrał Roemer w artykule, drukowanym w »Beitraege zur Augenheilk.« als Festgabe für Geheimrath v. Hippel (Halle. 1899), przybywa nowy etyologiczny czynnik. W uniwersyteckiej klinice w Rostoku spostrzegano 43letnią służącą, u której wskutek zapalenia spojówki, połączonego z obrzękiem powiek, przykładano do oka w mieszkaniu kawałki lodu w pęcherzu w ciągu 24 godzin. Po zdjęciu takowego okazało się, że skóra dolnej powieki na całej powierzchni była znekrotyzowaną, na górnej powiece zgorzel była mniej obszerną. W wydzielinach wykryto stafylokoki i streptokoki. Ubytek powoli zakrył się rozrostem nabłonka. Opis uzmysławia dołączona fotografia. Rada praktyczna: nie kłaść lodu bezpośrednio na skórę, lecz pod pęcherz podkładać kompres lub kawałek tłuszczem pokrytego płócienka. *Dr J. T.*

Sprawozdanie z działalności oddziału okulistycznego we wsi Sazanówka. Franciszek Gumiński.— Wiernyj. 1899. Str. 7.

Jeśli jestem z zasady przeciwnikiem wysyłania ruchomych oddziałów okulistycznych do gubernii Królestwa Polskiego, to uznaję potrzebę takowych w odludnych miejscowościach cesarstwa rosyjskiego.

»Główne kuratoryum ces. Maryi Aleksandrówny o niewidomych« wysłało okulistyczny oddział do wsi Sazanówki, niedaleko m. Przewalska, nad jeziorem Issyk-kul, w obwodzie semireczyńskim. Kierownikiem oddziału naznaczony był Dr Gumiński, wojskowy lekarz z m. Wiernyj, w pobliżu granicy chińskiej. Oddział, na którego utrzymanie przeznaczono 430 rubli, funkcyonował od 8 czerwca do 28 lipca r. z. Prócz Rosyan, zasięgali porady lekarskiej Kirgizi i Dunganie w liczbie 409 (udzielono porady 2119 chorym). W miejscowości tej silnie panuje jaglica, to też z liczby 164 dokonanych operacyi zapisano tylko 7 ekstrakcyi katarakt, irydektomii 8, a reszty dokonano na powiekach i spojówce (kantopl. 11, entropion. 29, wyciskanie ziarn jaglicy 69 i małych operacyi 48). Przepatrując tablice sprawozdania, widzimy, że przeważna liczba chorych przedstawiała się z chorobami powiek, a mianowicie 323, gdy tymczasem czterech tylko zgłosiło się z nieprawidłowością refrakcyi i akomodacyi. Przy oddziele urządzone były 2 łóżka. Nieuleczalnie ślepych zapisano 22, a to głównie wskutek jaglicy, ospy i jaskry. Uleczalnie niewidomych było 94, a to z powodu chorób spojówki i powiek (66), rogówki (18), tęczówki (13) i soczewki (7).

Dr J. T.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. LXXI. Zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników w Mnichowie od 17—23 września.

Na wspólnem posiedzeniu sekcyi gynekologiczno-położniczej z sekcyą okulistyczną mówił Cramer z Bonn o nieżytach ocznych u noworodków i o zapobiegawczem odkażaniu ócz noworodków.

Zapalenia rzeżączkowe nie dadzą się klinicznie odróżniać od nierzeżączkowych. Powód do zapaleń ócz noworodków dają obok gonokoków następujące drobnoustroje: pneumokoki, staphylococcus aureus, streptococcus i prątki dyfterytyczne. Część nierzeżączkowych zapaleń zawdzięcza swe pochodzenie bakteryom odpływów połogowych. Zapalenia spojówki na podstawie pneumokoków powstają często przez przeniesienie śliną matki. Otworzenie szpary powiekowej podczas porodu stanowczo zajść może. Doraźne rzeżączki dlatego silniejsze przedstawiają kliniczne od zakażeń następowych objawy, ponieważ oko zaraz po porodzie znajduje się w stanie zmienionym i silniej wskutek tego oddziałuje na wszelkie podrażnienie, aniżeli później.

Z zapobiegawczem postępowaniem Crede'go trzeba zerwać, ponieważ spojówka wskutek podrażnienia, wywołanego przez zapuszczenie środka odkażającego, znajduje się w stanie bardzo przystępnym dla drobnoustrojowego rozwoju, a przez to ułatwia się powstanie zapaleń dobrotliwych następowych.

Prawidłową spojówkę noworodków bakterye tylko bardzo powoli i nieznacznie zagnieżdżają. — Protargol okazał się w klinice tamtejszej w 20% roztworze, jako bardzo dobry środek zapobiegawczy.

Rozprawa: Schatz zastąpił zapuszczanie saletrzanu srebra itrolem, który daleko słabszy wywołuje odczyn.

Kroenig mógł stanowczo stwierdzić, iż już w czasie porodu zakażenie gonokokami może przyjść do skutku, zwłaszcza przy przedwczesnem pęknięciu pęcherza. Używa octanu srebra.

Schmidt-Rimpler przemawia za zatrzymaniem nazwy blennorhoea względnie z dodatkiem gonorrhoica. Nie udowodniono osłabienia gonokoków, któreby sprowadzić mogły słabsze zapalenie, gdyż to samo zakażenie może u rozmaitych osobników wywołać zapalenie o rozmaitem nasileniu. Sch.-R. jest zwolennikiem saletrzanu srebra w 2% roztworze przy równoczesnem użyciu zimna.

Tegoż zdania jest Laqueur.

Uhthoff: Ciężkie przypadki zapaleń spojówkowych przez tak zwane pseudogonokoki należą do rzadkości. Co do gronkowca białego, to wątpliwą jest rzeczą, czy w razie jego obecności można jemu zapalenie przypisywać. Saletrzan srebra jest niewątpliwie najpewniejszym środkiem, któremu protargol, lubo także dobry, nie dorównuje. Postępowanie Crede'go jest dobre, ale nie można do niego ogólnie zobowiązywać. Wrzody rogówki nie bywają wywoływane przez gonococcus, ale raczej przez streptococcus, staphylococcus i t. d., a w takich razach środek, który tylko zabójczym jest dla gonokoków, nie wystarcza.

Freund zaleca także saletrzan srebra — niedonoszone mało odporne osobniki atoli okazują silne podrażnienia po stosowaniu tego środka, zastosowanego w celach zapobiegawczych.

Eversbusch zapobiega powstawaniu wrzodów rogówkowych przez równoczesne zapuszczanie roztworu fyzostygminy i pilokarpiny. Skoro atoli choroba rzeżączkowa już wystąpiła, najważniejszą sprawą jest usuwanie wydzieliny i leczenie niedrażniące z okładami lodowymi. Protargol w ciężkich przypadkach mniej korzystnie działa. Zakażenie wśród porodu może nastąpić nawet u dzieci w czepcu na świat przychodzących (Według »Muenchener Med. Wochenschr.« Nr 44. 1899). W.

2. Towarzystwo okulistów w Petersburgu. Posiedzenie z dnia 18 listopada 1899 r. według st. st.

Dr Czemołosow opisuje przypadek wkrótce po porodzie zmarłego dziwotworu *diprosopus triophtalmus*. Ponieważ przypadki tego rodzaju dotyczą więcej teratologów, niż okulistów, nadmienię więc tylko, iż środkowe oko w przypadku Dra C., który zbadał osobiście w anat.-pat. instytucie prof. Chiari'ego ten osobliwy dziwotwór, pochodziło z połączenia dwóch gałek w jedno, a które utworzyły coś nakształt 8. Gałki zrosły się twardówkami. Punkcików łzowych ani załamków półksiężycowych w środkowem oku nie było, nie było też i gruczołów łzowych. 4 nerwy wzrokowe tworzyły 2 skrzyżowania, półkul mózgowych było 4. —

Następuje rozprawa o ortoformie w oftalmiatryi, którą streścił prof. Bellarminow w następujący sposób: ortoform działa skutecznie w tych wszystkich przypadkach, w których stosujemy jodoform lub kseroform; lepiej stosować go pod postacią 5% maści, gdyż jako proszek zanadto drażni.

Dr-kobieta Putiata Kierszbaumer mówi o mięsakach oka. Według Fuchs'a melanosarkoma to najczęstsza postać mięsaka w oku (88%); spostrzeżenia autorki do innych atoli doprowadziły ją wniosków. Ogółem mięsaków zbadała autorka 67, z tych leukosarkomy czyste spostrzegała 27 razy (40,3%), leukosarkomy z licznemi komórkami napływowego barwika (z okolicznych naczyń krwionośnych) — 27 razy, prawdziwe czerniakowate (melanotyczne) mięsaki spostrzegała 13 razy (19,4%). Co się tyczy urazu, który według Fuchs'a odgrywać ma w etyologii tych złośliwych nowotworów główną rolę, autorka również nie mogła tego stwierdzić. W sześciu przypadkach autorki mięsak powstał jak gdyby na podstawie zadawnionej sprawy zapalnej, w 12 przynadkach mięsaki oka wywołały zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego, w jednym przypadku otrzymała autorka współczulne zapalenie tęczówki na drugiem oku, które znikło po usunięciu mięsaka (Dr Czemołosow i prof. Bellarminow nie widzą w obrazie chorobowym cech przekonywających o współczulnem pochodzeniu zapalenia tęczówki). Częstą chorobą, którą następczo sprowadza mięsak oka, jest jaskra, i nie tyle gra tu rolę wielkość nowotworu, jak raczej miejsce lub przestrzeń zajęta przez niego (rozlany mięsak naczyniówki częściej sprowadza jaskrę, aniżeli górzysty). Dr Kierszbaumer jest zwolenniczką zasady, aby usuwać przez zabieg operacyjny całe oko w razie rozpoznania najmniejszego mięsaka, chociażby nawet bystrość wzroku w oku zajętem była prawidłową, a to dla zapobieżenia nawrotom.

Dr Gagarin usunął u pewnego chorego oko, w stanie zaniku będące, z powodu ostrych napadów jaskry. Po 3 miesiącach

chory zgłosił się powtórnie z mięsakiem w oczodole. Siedliskiem zwyrodnienia mięsakowego stał się nerw wzrokowy.

Dr Blessig podaje 2 przypadki: 1) u chorego postawiono rozpoznanie neuro-retinitis, po roku zgłosił się tenże chory z mięsakiem nerwu wzrokowego; 2) mięsak oczodołu zniknął pod wpływem obfitego stosowania pyoctaniny (? przyp. refer.).

Posiedzenie z dnia 16 grudnia 1899 r. według st. st.

Dr Ernroth przedstawia chorego z akromegalią. Chory liczy lat 27, choroba ciągnie się od 5 lat. Oprócz zaniku nerwów wzrokowych, chory cierpi i na połowiczną ślepotę.

Dr Gagarin przedstawia chorą z melanosarkoma spojówki wielkości grochu.

Dr Smirnow odczytuje o działaniu na oko nowego znieczulającego środka — peroniny. Dr S. używał $^1/_3\%$ rozczynu, gdyż silniejsze wywołują silne przekrwienie i znaczny obrzęk spojówki. W 87% przypadków ciśnienie wewnątrzgałkowe zmniejsza się od peroniny, która nadto wywołuje zwężenie źrenicy. Myosis nieznaczna, trwa jednak nawet po jednorazowem zapuszczeniu kropli w poszczególnych razach około 24 godzin. Znieczulenie następuje już w przeciągu $^1/_2$—5 min. czasu; przy naczyniowatych zmętnieniach rogówki znieczulenia nie bywa. Jeśli uprzednio wpuścić kroplę $^1/_3\%$ peroniny, atropina znacznie później ubezwładnia siłę nastawniczą (akomodacyę), opóźnienienie to waha się między od $^1/_2$ do $2^1/_2$ godzin. Co się tyczy działania peroniny w chorobach jaskrowych, to z 10 przypadków jaskry otrzymał Dr S. znieczulenie w 9, przyczem przekrwienie, obrzęk i łzotok nie różniły się niczem od spostrzeganych w oczach zdrowych. W 4 przypadkach przewlekłej jaskry stosował autor nowy środek, jako jedyny lek przeciwchorobowy. Od wpuszczania po 1—2 kropli, 3—6 razy dziennie, $^1/_3\%$ peroniny bóle ginęły już w pierwszym dniu, ciśnienie wewnątrzgałkowe zmniejszało się, żyły rzęskowe przednie stawały się zaledwie widocznemi, w jednym przypadku rogówka, pod wpływem leku, w części odzyskała swój połysk, w 3 przypadkach nastąpiła poprawa wzroku.

Z rozprawy okazało się, że inni koledzy stosują już $^1/_4\%$ rozczyn tego środka, który — jako słabszy — wywołuje jedynie przekrwienie oka. W odpowiedzi Dr S. zwraca uwagę, iż dla uniknięcia obrzęku od $^1/_3\%$ peroniny należy wpuszczać 2 krople z jedno lub dwuminutową przerwą.— Za peroniną przemawia i ta okoliczność, iż nowy środek w porównaniu z używanymi rozczynami kokainy jest o wiele tańszy. Dr Czemołosow sądzi, iż znieczulanie peroniną przy ciałach obcych na rogówce może być

praktycznem z tego względu, iż na szarem tle tęczówki łatwiej będzie wyodrębnić corp. alien., usadowione w okolicy źrenicy. —

Dr Dołganow donosi o istniejącej od 4 lat miesiączce z macicy i skóry powiek lewego oka u 25letniej zamężnej kobiety. Za mężem od 17 roku. Wziernik zmian w oku nie wykrywa. Dyschromatopsyi histerycznej nie ma, jakkolwiek pola widzenia barw w obydwu oczach, a zwłaszcza w lewem oku, są równomiernie zwężone. Chora cierpi nadto na endometritis chr. i przewlekłe zapalenie tkanki okołojajnikowej. Wyłyżeczkowanie macicy nie usunęło krwawienia ze skóry powiek. Dr D. sam był świadkiem przesączania się krwi przez nieuszkodzoną skórę powiek. Znaczna ilość czerwonych ciałek, a niewielka białych, potwierdziła, iż istotnie Dr D. miał z krwią do czynienia, a nie z zabarwionym potem, tak zwaną potnicą barwistą *(chromatohydrosis)*. —

Dr Karnicki przytacza przypadek zupełnej ślepoty prawego oka, zaniku nerwów i braku zewnętrznej połowy pola widzenia w lewem oku. — Sprawa chorobowa rozwinęła się w przeciągu miesiąca u włościanina, który uległ napaści i został mocno pobity. Bez przytomności leżał po wypadku 4 dni. W okolicy górnego brzegu lewego oczodołu stwierdzono złamanie kości czołowej. Rozpoznanie: Fractura basis cranii, powikłana uszkodzeniem odłamkami skrzyżowania nerwów wzrokowych i prawego szlaku wzrokowego. *Włodz. Talko.*

3. IX. Kongres miedzynarodowy okulistyczny w Utrechcie.

Uhthoff z Wrocławia. *O wpływie bocznego olśnienia siatkówki na wzrok naosiowy:* Prelegent podaje sposób przez siebie za pomocą stosownego własnego aparatu przeprowadzany, umożliwiający boczne olśnienie siatkówki pod rozmaitymi kątami przy zmiennem świetle, gdy równocześnie badany odczytuje znaki dla oznaczania bystrości wzrokowej. Wspomniawszy historycznie o podobnych pracach Urbantschisch'a, Schmidt-Rimpler'a i innych, podaje wynik swych badań przedstawionych krzywemi, a zaznacza przedewszystkiem wzajemny stosunek bocznego olśnienia, a oświetlenia znaków. — Im silniejsze pierwsze, tem nierównie silniejsze powinno być drugie dla osiągnięcia równego skutku pod względem wzroku. Stąd praktyczne wnioski co do urządzenia miejscowości szkolnych. —

P. de Obario z Nowego Jorku mówi *o maximum bystrości wzrokowej:* Sposób badania, który prelegent przeprowadzał na sobie i innych, polega na tem, że oznacza się najmniejsze przesunięcie dwóch połów pionowej świetlnej linii. Połowy te przesuwa się bocznie, przyczem one do siebie pozostają zawsze równoległe. Dla swych ócz otrzymał O. dostrzegalne przesunięcie, odpowiadające 12

sekundom. Dalej robił takież doświadczenia barwnemi szkłami celem dochodzenia, jaki wpływ takowe wywierają na wielkość kąta wzrokowego, przyczem pokazało się, że barwne światło nie ma żadnego pod tym względem wpływu, byle tylko nasilenie światła było jednostajne. —

Porównując wyniki, zrobione przez rozmaitych spostrzegaczy, dochodzi do wniosku, że średnio najmniejszy kąt wzrokowy wynosi 14 sekund.

Landolt z Paryża porusza na nowo sprawę *oznaczania szkieł pryzmatycznych*, używanych w praktyce okulistycznej, a mianowicie stosownie do stopnia zboczenia, które one wywołują. Przy zezie 15^0 będziemy zatem potrzebować pryzmatu Nr 15 dla naprawy skutku zboczenia. Dwojenie, zniesione przez pryzmat Nr 10, będzie odpowiadać zboczeniu oka czyli kątowi zezu 10^0 i t. d.—

Jocqs z Paryża mówi *o sposobie szybkiego całkowitego zmętnienia przezroczystej soczewki bez rozdarcia torebki:* Usunięcie soczewki przezroczystej, osiągane zwykle przez rozcięcie torebki i następne stopniowe usuwanie mas zmętnionych, jest zabiegiem dość niebezpiecznym. Niebezpieczeństwo zakażania wzmaga się, im częściej owe usuwania kory się przeprowadza. Jaskra następowa należy prawie do reguły w następstwie przejścia kory do przedniej komórki — nierzadko przychodzi do zapalenia tęczówko-rzęskowego.

Następowa zaćma jest zdarzeniem bardzo częstem. Trzeba ją później przeciąć, co pociąga za sobą odczepienie siatkówki. Przez sposób własny pragnie prelegent zmniejszyć te niebezpieczeństwa, które przedstawił. Sposób Jocqs'a polega na tem, że po rozszerzeniu źrenicy wprowadza się igłę sikawki Pravaz'a do przedniej komórki, naciąga w nią trochę cieczy wodnej, a następnie wkłuwa igłę w soczewkę i w nią płyn ten wstrzykuje. W czasie 2—5 dni soczewka zupełnie się zaćmiewa, a wtenczas można ją usunąć, jak zwykłą zaćmę miękką, dla zupełnego zaś oczyszczenia źrenicy wykonać wypłukanie komórek.

Rękoczyn ten, wykonywany wiele razy na króliku i psie, dawał zawsze dobre wyniki. Oko operowane nigdy nie przedstawiało podrażnienia operacyjnego ani też wzmożonego napięcia.

Usuwanie soczewki w ten sposób przeprowadzone przedstawia się tak korzystnie, że operacyę tę można z największem zapewnieniem dobrego wyniku polecić chorym.

W rozprawie zabiera głos Wicherkiewicz: Nie wchodzę w krytykę postępowania p. Jocqsa, które może dawać rzeczywiście dobre wyniki, chciałbym tylko zaznaczyć, że owe niebezpieczeństwa, przez prelegenta przytoczone, występują wtenczas, gdy zbyt śmiało torebkę przecinamy. Sam w podobnych przypadkach dążę

do tego, by tylko lekkie zrobić nakłucie punkcikowe. Skoro w następnych dniach przekonuję się, że soczewka zaćmiewa się od miejsca nakłucia i że to zaćmienie postępuje, wypuszczam chorego z opieki i polecam mu, by powrócił wtenczas, gdy soczewka zupełnie się zaćmi. Niejednokrotnie z ustępującem zaćmieniem prawie bez najmniejszego odczynu następuje powolne także wessanie. Soczewka w całości zmniejsza się, a wzrok powoli zaczyna się poprawiać tak dalece, że żadnego dalszego nawet rękoczynu przedsięwziąć niekiedy nie potrzeba — w innych jednak razach zwyczajne przecięcie pozostałej torebki wystarcza, ażeby pożądany osiągnąć pod względem wzroku wynik. —

Hern-Semercote z Anglii mówi: *o operacyjnem leczeniu jaskry.*

Nie trzeba zapominać, tak sądzi prelegent, iż tak w jaskrze ostrej, jak też w przewlekłej, cierpienie pozostawione sobie sprowadza ślepotę. Dlatego zawsze winniśmy przeciw chorobie operacyjnie wkraczać, jeżeli najmniejsze są widoki, że operacya na coś się przydać może. Podczas kiedy powszechnie postępujemy w ten sposób, iż przy jaskrze ostrej, przeciw której iridektomia nie była wystarczającą, wykonujemy jeszcze nadto sklerotomią, jaskra przewlekła zwykle nie bywa operacyom poddawana, a postępowania tego prelegent nie może uznać za właściwe. Wychodząc ze założenia, że jaskra sprawia podwyższenie ucisku w tylnym oka odcinku, winniśmy starać się sprowadzić połączenie dostateczne między przednią a tylną komórką. Czyni to iridektomia. Gdy ta atoli skutku nie sprowadza, wykonuje prelegent następującą dodatkową operacyę: Dwa mm na wewnątrz od brzegu rogówko-twardówkowego wpycha nóż Graefoski w obrębie szpary tęczówkowej, a ostrze noża obok soczewki wprowadza do ciałka szklistego. Przyznaje, że można wywołać zaćmę, ale lekceważy sobie to zdarzenie wobec możliwości zachowania części wzroku. —

Prof. Koster z Leydy: *Elastyczność twardówki i jej stosunek do jaskry.*

Oznaczenie elastyczności twardówki na wyciętych skrawkach nie da się ściśle oznaczyć, gdyż włókna przecięte inaczej się układają. Oznaczając wzmożenie się zawartości gałki przy regularnem wzmaganiu się napięcia wśródgałkowego, możemy wypośrodkować elastyczność i zmianę postaci gałki. W tym celu robił prelegent przy rozmaitym stanie napięcia gałki odlewy gipsowe, które odcinał w pewnej linii, naznaczonej na gałce błękitem gentianowym. Linie te na odlewie odciskały się. Odpowiednie przecięcia tych odlewów odrysowywał następnie na papierze jeden na drugim, przez co mógł je bezpośrednio porównywać. Doświadczenia te wykonał na gałkach wołowych, cielęcych i świńskich. U pierwszych nic

mógł żadnej stwierdzić różnicy przy ciśnieniu wśródgałkowem 25 mm Hg. aż do 175 mm, a z drugiej strony przy obniżeniu aż do 10 mm Hg. Poniżej zaś tego ciśnienia twardówka w tylnym odcinku wciska się na 0·5 mm, w równiku zaś występuje na 0·25 mm. Rogówka zmienia swą postać dopiero, gdy ciśnienie opadło poniżej 5 mm Hg. Widać wtenczas na wewnątrz od rąbka małą rynienkę. Cała rogówka nieco wgłębia się w gałkę. To samo można było spostrzegać przy ciśnieniu poniżej 25 mm. Hg. Po nadto występowało wydęcie w tylnym biegunie, które jednak przy 175 mm Hg. tylko 0·7 mm wynosiło. —

Darier z Paryża mówi: *o mięsieniu w ocznem lecznictwie.*

Prelegent omawia najprzód rozmaite sposoby mięsienia od najdawniejszych czasów używane, jako to mięsienie powiek, spojówki, rogówki, mięsienie zwyczajne i lekowe, dalej zastanawia się szerzej na mięsieniem wibrującem Makłakowa, a zwłaszcza nad mięsieniem połączonem z tłoczeniem Dr. Domeca *(Massage pression)*. To ostatnie o tyle jest korzystniejszem, że obyć się przy tem można i bez pomocy asystenta i bez przyrządu. Wykonuje się przez ciśnienie powieki na rogówkę. Przez ciśnienie na rogówkę ciecz wodna nie dająca się ścisnąć wywiera ciśnienie na tęczówkę, wypycha w tył soczewkę, napina wiązadło Zinna, a dalej przenosi się skutek ciśnienia na głębsze części oka. Po pewnej ilości takich posiedzeń mięsienia wzmaga się siła akomodacyjna, a niedomoga *(asthenopia)* akomodacyjna ustępuje zupełnie. U młodych nadwzrocznych rozciąganie wiązadła łączące się z akomodacyą umożliwiłoby obywanie się bez szkieł sferycznych przy Hp. poniżej 3 diop. U niektórych zezujących posiadających nadto niedowidzenie wskutek hypermetropii mięsienie-tłoczenie ma pozwalać przywrócić obuoczne widzenie i wyleczyć zupełnie z zezu.

W krótkowidztwie mięsienie miałoby znowu działać podniecająco na mięsień rzęskowy i wywoływać wymianę odżywczą soków wśródgałkowych. Obniżenie wybitne ciśnienia wśródgałkowego można tłomaczyć sobie przez mechaniczne rozszerzenie kąta tęczówko-rogówkowego, dozwalające łatwiejsze wypróżnienie cieczy wodnej, która nie mogąc być ściśniętą, stara się ujść naturalnemi drogami wydzielniczemi. Mięsienie ma nadto posiadać działanie troficzne na naczyniówkę i siatkówkę według tego, co twierdzi Gradenigo na podstawie swych mikroskopowych preparatów.

(Dokończenie nastąpi).

W.

IV. LECZNICTWO.

5. **Euftalmina** rozszerza silnie źrenicę i to w rozczynach 2—5% na krótki tylko czas, nie porażając przytem akomodacyi albo bardzo tylko lekko, pozatem nie działa szkodliwie na nabłonek rogówki i nie drażni spojówki, a nadto nie ma oddziaływać szkodliwie na napięcie wśródoczne. (Therap. Monatschrift. Grudzień. 1899).

6. **Wziewanie rozpylonej rtęci** pragnie wprowadzić w lecznictwo Dr Kutner w Berlinie, przypuszczając, że przy wcierkach tylko przez wziewanie wogóle rtęć działa, a dawkowanie jej jest niemożliwem; gdy przeciwnie wziewana z przyrządu, w którym się szara rtęciowa maść rozpyla, ilość spotrzebowanego środka da się dokładnie obliczyć. — Badanie moczu, wykonywane systematycznie przez aptekarza Eschbauma według nowego sposobu oznaczania rtęci, wykazało, że przy wziewaniu półgodzinnem dziennie tyle dostaje się rtęci do organizmu po kilku posiedzeniach, iż można wykazać ważeniem ilość rtęci. Dla zapobieżenia stomatitis, która przy tym sposobie stosowania rtęci łatwo się rozwija, często płukać chorzy winni usta za pomocą kali chloricum (Berl. klin. Wochenschrift. Nr 2. 1900).

7. **Leczenie róży.** Na podstawie pięcioletniego doświadczenia nad znaczeniem rozmaitych sposobów leczniczych przeciw róży daje Fischer pierwszeństwo leczeniu alkoholem, stosowanym w następujący sposób: Chorą część ciała obwija się kilkakrotnie muślinem, poczem napaja się go wyskokiem 85—90%. Zazwyczaj wystarcza 1—3 litrów wyskoku dla usunięcia choroby.

8. **Skuteczne bardzo pryszczydło** poleca Dr Guépin: Rp. Liq. Ammonii caust. 5.0, Ol. camphor. 10.0 mds., stosownie wielki wacik, napojony tym płynem, przykłada się na miejsce wskazane na 15 minut. (Muench. Med. Wochenschrift. 1899. Nr 45).

9. **Kurcz powiek** *(blepharospasmus)*, powstały u 69letniej osoby bez wiadomej przyczyny, leczył z powodzeniem prof. Mellinger, zastrzykując podskórnie codzień ½% rozczyn strychniny, i to z początku 2, później 4 podziałki sikawki Pravaz'a (XXXV. Jahresbericht der Baseler Augenklinik). *W.*

V. ROZMAITOŚCI.

Dżuma a oko. Zmiany, dostrzegane przez Calmette'go i Salimbeni'ego w Oporto, były następujące: nastrzykania mocniejsze spojówki, niekiedy wybroczyny, a czasami nabieg wodnisty *(chemosis)*, rzadko krostki na spojówce. Raz jedyny widzieli i autorowie krostki na tęczówce obok przyczepin z następowem hypopyon. (Annales de l'Institut Pasteur. Nr 12).

Akyanopsya przy nerce marskiej. Wobec podania, zrobionego przez prof. Koeniga na posiedzeniu Akademii Umiejętności w Berlinie, a dotyczącego akyanopsyi w pewnych okręgach siatkówki u osób dotkniętych zapaleniami siatkówki retinitis albuminurica, syphilitica, centralis, bez wiadomej przyczyny, jako też przy odczepieniu siatkówki, a nawet wtenczas, kiedy oftalmoskopijnie nie można żadnych wybitnych stwierdzić zmian, przypomniał sobie Dr Landgraf, były asystent Gerhardt'a w Berlinie, że na tegoż stacyi widział chorego, który, dotknięty marskością nerek, skarżył się, iż niebieskie przedmioty przedstawiają mu się czarno. Obecnie w krótkiej pracy zaznacza Gerhardt sam, że często chorych na nerki wypytywał się o zdolność rozpoznawania barw, a w dwóch odnośnych przypadkach rzeczywiście stwierdzić mógł, iż chorzy ci barwy niebieskiej nie rozpoznawali. — Szczegółów atoli nie dowiadujemy się, gdyż ich nie dochodzono. — (Muenchener Med. Wochenschrift. Nr 1. 1900).

Okuliści polscy. W dalszym ciągu podano nam dotąd jeszcze następujące nazwiska: Dr Wacław Rymsza we własnym majątku ziemskim Hurynowszczyzna, gub. Mińska, pow. Słucki; Dr Franciszek Gumiński, Wiernyj, obwód Siemireczyński; Dr Maryan Cywiński, Mohilew Białoruski. — Oczekujemy dalszych zgłoszeń.

Sekcya okulistyczna IX. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich:
Gospodarz: Prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz (Wolska, 11).
Sekretarz: Dr K. W. Majewski (ul. Kopernika, Klinika okulist.)

Temata obrad:

1) „Jaskra pod względem patogenezy i terapii“, sprawozdawca: Doc. Dr Franciszek Sroczyński (Kraków).
2) „Objawy gruźlicy w narządzie wzrokowym“, sprawozdawca Dr Bron. Januszkiewicz (Warszawa).
3) „Znaczenie lecznicze i technika syndesmoplastyki“, sprawozdawca prof. Dr Wicherkiewicz (Kraków).
4) „Patologia jaglicy“, sprawozdawca na razie nieoznaczony.
5) „Walka z jaglicą, jako klęska społeczna“, sprawozdawcy Dr Z. Kramsztyk, Dr Cetnarowicz i Dr J. Steinhaus (Warszawa).

Wykłady i demonstracye:

1) Dr J. Steinhaus (Warszawa): „Zmiany anatomiczne w oderwanej siatkówce“.
2) Prof. Wicherkiewicz: „Przyczynek do etyologii odczepienia siatkówki“.

Towarzystwo oftalmologiczne w Heidelbergu odbędzie w tym roku posiedzenie w dniach 12, 14 i 15 września. Zgłoszenia wykładów i demonstracyi przyjmuje aż do d. 1 sierpnia Dr W. Hess w Moguncyi.

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Gepner, jun., mianowany ordynatorem instytutu oftalmicznego, a Dr Januszkiewicz Bronisław nowego szpitala Dzieciątka Jezus, w Warszawie.

Dr M. Sachs habilitował się dla oftalmologii przy uniwersytecie w Wiedniu.

Doc. pryw. Groenouw w Wrocławiu mianowany prof. nadzwyczajnym.

Nadzw. prof. Dr Mellinger w Bazylei mianowany zwyczajnym.

Docent Dr Schloesser w Mnichowie mianowany profesorem nadzwyczajnym.

Prof. Guaita ze Sieny powołany na prof. okulistyki do Florencyi.

Na opróżnioną przez śmierć Borysiekiewicza katedrę okulistyki w Gracu postawił wydział lekarski tegoż uniw. jako kandydatów primo loco Dimmera, secundo loco Birnbachera, a tertio Bernheimera, Elschniga, Wintersteinera.

VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Mooren Albert

umarł nagle na udar sercowy dnia 31 grudnia z. r. w Dyseldorfie.

Urodzony d. 25 lipca 1828 r. w Oedt, w prowincyi Nadreńskiej, odbywał studya lekarskie w Bonn i Berlinie, a r. 1854 uzyskał stopień doktora, poczem pod kierunkiem Albrechta Graefego oddawał się z zamiłowaniem okulistyce, zawsze jednak utrzymując styczność z praktyką ogólną, której też do końca swego życia pozostał wiernym. Zachowanie tej styczności ciągłej, opartej na wykonywaniu praktyki ogólnej obok swej specyalności, dało mu szerszą podstawę w ocenianiu chorób ocznych, biorących, jak wiemy, początek bardzo często w zaburzeniach oddalonych albo ogólnych naszego ustroju. W licznych jego publikacyach odzwierciedla się znakomicie to odnoszenie chorób ocznych do właściwych przyczyn w połączeniu z cennymi właściwymi wnioskami.

Z początku praktykował w rodzinnem mieście, ale już w roku 1862 przeniósł się do Dyseldorfu, by objąć kierownictwo miejskiego zakładu ocznego. Od r. 1868 prowadził nadto przez 10 lat w Leodyum „Institut ophthalm. de Liége“, gdzie co 6 tygodni przybywał dla wykonywania operacyi i wskazywania sposobów leczniczych dla chorych zakładu.

Z licznych jego prac zasługują na szczegółowe zaznaczenie następujące:

„Ueber sympathische Gesichtsstoerungen“. 1869.
„Gesichtsstoerungen u. Uterinleiden“. 1881.
„Fuenf Lustren ophthalm. Thaetigkeit“. 1882.

„Hauteinfluesse u. Gesichtsstoerungen". 1884.

„Einige Bemerkungen ueber Glaukomentwickelung" („Archiv f. Aughkunde". XIII).

Operator nadzwyczaj zręczny i szczęśliwy, ściągał z dalekich stron Europy, a nawet Ameryki chorych do siebie, dzieląc sławę znakomitego okulisty praktyka z Aleksandrem Pagenstecherem z Wiesbadenu.

W uznaniu zasług mianowany był przez rząd pruski radcą zdrowia, a nadto otrzymał tytuł profesora. *W.*

VIII. OD REDAKCYI.

Rocznik drugi, 1900, »Postępu« poświęcić postanowiliśmy Uniwersytetowi Jagiellońskiemu z okoliczności 500letniego Jubileuszu wszechnicy krakowskiej. Szanownych Kolegów, którzyby, biorąc udział w pracy zbiorowej »Postępu«, zechcieli przyczynić się do oddania hołdu naszej prastarej Alma Mater Jagellonica, prosimy, aby wcześnie nadesłali nam rękopisy. Posiadając bowiem stosowny dobór prac, będziemy mogli układ pojedynczych numerów wcześnie oznaczyć, a ryciny odpowiednim firmom do odtworzenia powierzyć.

Otrzymaliśmy następujące pismo:

Szanowny Redaktorze!

Na stronie 523 „Postępu Okulistycznego" szan. kolega Talko, streszczając moje sprawozdanie z czynności oddziału okulistycznego we Lwowie, tak pisze: Operacyi zaćm wykonano 1022. Redaktor[1]) zaś od siebie zamieścił następujący dopisek: „Tak oznaczono na str. 26; na stronie 19 podano liczbę o 100 wyżej". Gdyby to było prawdą, nie świadczyłoby chlubnie o dokładności liczb naszego sprawozdania; w liczeniu katarakt chyba o 100 pomylić się nie wypada. Lecz tu jest szan. Redaktor w błędzie. Na stronie 19 stoi najwyraźniej: ‚Wydobycie soczewki z oka (*extractio*) ... 1023'. Wprawdzie zaszedł tu błąd drukarski i to o jedną kataraktę, czego korektor nie dojrzał — więc nie mógłbym mieć nic przeciwko temu, gdyby szan. Redaktor[1]) napisał, że na str. 26 o jedną kataraktę mniej podano, niż na str. 19. Lecz skąd się wzięło aż 100?

We Lwowie, 8 lutego 1900.

Z koleżeńskiem pozdrowieniem
Dr Machek.

Omyłki drukarskie.

Str. 21, wiersz 4, zam. Urbanka, czyt.: Urlauba.

[1]) Nie redaktor, lecz referent. *W.*